

「聞こえづらい」 ことについて話そう・学ぼう

参加申込書



申込先

東村山市社会福祉協議会 手話担当宛

① FAX 042-393-0411 (おかけ間違いにご注意ください)

② メール shuwa@hm-shakyo.or.jp

③ 郵送 〒189-0022 東村山市野口町1-25-15

④ 窓口 直接お申し込むいただくことも可能です

※いずれかの方法でお申し込みください

ふりがな お名前	
住所	<input type="checkbox"/> 在住 <input type="checkbox"/> 在勤
連絡先 ※つながりやすい連絡先に チェックをお願いします	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール
年代	20代・30代・40代・50代 60代・70代・80代以上
聞こえに不便を 感じていますか？	はい・いいえ
その他、障害等により 配慮が必要な方は、 具体的にご記入ください	

申込〆切
9/27(金)
17時必着

※応募者多数の場合は抽選となります

10月11日(金)までに受講の可否をお伝えします